



Gruppo Quinto di Treviso 1
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
C/o Parrocchia San Giorgio, via M. Graziati, 2
31055 Quinto di Treviso
Cod. Fiscale 94131250261

SCHEDA MEDICA PERSONALE

DA COMPILARE A CURA DELL'INTERESSATA/O
O DI UNO DEGLI ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE
SE IL SOCIO E MINORENNE

COGNOME	NOME		
NATO A:	IL:	M	F
RESIDENTE A:			
VIA:	CAP	PROV.	
TELEFONO			
E-MAIL			
N. TESSERA SANITARIA			
CODICE FISCALE			

Gruppo sanguigno e fattore Rh

E' vaccinato/a per :

Difterite	SI	NO
Tetano Data ultimo richiamo ___ / ___ / ___	SI	NO
Epatite A	SI	NO
Epatite B	SI	NO
Altro (specificare)	SI	NO
Altro (specificare)	SI	NO
Altro (specificare)	SI	NO
Soffre di malattie metaboliche (diabete, ...) ?	SI	NO

Quali ?

Quali ?

Soffre di malattie cardiache? SI NO

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? SI NO

Quali ?

Soffre di disturbi all'apparato digerente? SI NO

Quali ?

Soffre di malattie croniche di altro tipo? SI NO

Quali ?

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?
(descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Soffre di allergie? SI NO

A farmaci quali? (elencare le molecole)

A pollini quali?

A alimenti quali?

Ad altro? (descrivere)

Deve praticare particolari diete alimentari? SI NO

Descrivere:

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

(se necessario) alleghiamo inoltre terapia medica rilasciata in data dal medico curante dott. completa di: nome/i del/i medicinale/i, modalità ed orario di somministrazione, posologia. Autorizziamo, quindi, i capi scout responsabili dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza.

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza; in caso di necessità la scheda verrà custodita dai Capi Scout e verrà restituita se richiesta, o distrutta alla fine dell'anno scout..

In caso di minorene:

la reperibilità di uno dei genitori o di uno degli esercenti la potestà genitoriale

Grado di parentela _____

Nome _____ Cognome _____

Tel. _____ Cell. _____

Data: _____ Firma di uno degli esercenti la potestà genitoriale in caso di minorene

Allegare inoltre: copia Tessera Sanitaria
copia Scheda delle Vaccinazioni